

**PROPOSTA DE ADESÃO
PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO**

PROPOSTA Nº: _____

2 Dep/Agregado 2 - Nome completo					
Dt.Nasc.	Carência (uso da seguradora)		<input type="checkbox"/> Nula <input type="checkbox"/> Red. <input type="checkbox"/> Normal	Parent.	Sexo
Estado Civil	CPF	DN	CNS		
Nome completo da mãe					

3 Dep/Agregado 3 - Nome completo					
Dt.Nasc.	Carência (uso da seguradora)		<input type="checkbox"/> Nula <input type="checkbox"/> Red. <input type="checkbox"/> Normal	Parent.	Sexo
Estado Civil	CPF	DN	CNS		
Nome completo da mãe					

ESTADO CIVIL - [S] Solteiro(a), [C] Casado(a), [V] Viúvo(a), [D] Divorciado(a), [U] União Estável, [A] Separado(a) judicialmente, [O] Outro(a). PARENTESCO [1] Cônjuge/Companheiro(a), [2] Filho(a). SEXO - [M] Masculino, [F] Feminino.

6. DADOS DO PLANO COLETIVO POR ADESÃO

Produto/Plano	Diamante I	Diamante II	Platinum I (com coparticipação)	Platinum II (com coparticipação)
Acomodação	Enfermaria	Apartamento	Enfermaria	Apartamento
Registro ANS	476.996/16-1	476.995.16-3	475.602/16-9	475.601/16-1
Abrangência	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios
Assinale com o um "x" o plano pretendido:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. VALORES DO PLANO NA IMPLANTAÇÃO - (PARA OS TITULARES E DEPENDENTES SERÃO COBRADOS OS VALORES ABAIXO):

Titular	Dependente/Agregado 1	Dependente/Agregado 2	Dependente/Agregado 3	Dependente/Agregado 4	Valor Total

Local e data

Assinatura do proponente titular / responsável

8. FORMA DE PAGAMENTO

Autorizo o banco indicado a efetuar em conta corrente, débitos mensais referentes às mensalidades do(s) plano(s) contratado(s) no valor descrito no item 7, em favor da ELO Administradora de Benefícios. Declaro que a conta corrente informada abaixo é de minha titularidade, responsabilizando-me pela exatidão dos dados fornecidos. **CIENTE QUE A MENSALIDADE POSSUI A MODALIDADE DE PRÉ-PAGAMENTO, O QUE SIGNIFICA QUE A 1ª COBRANÇA OCORRERÁ EM ATÉ 5 (CINCO) DIAS ÚTEIS APÓS O INÍCIO DA VIGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE CONTRATADO.** Declaro que alterações na conta corrente deverão ser imediatamente comunicadas à ELO ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS.

Declaro, ainda, que caso exista impossibilidade em efetuar o débito em conta corrente, autorizo a Elo Administradora de Benefícios a emitir boletos bancários para pagamento dos débitos mensais referentes ao(s) plano(s) descritos acima.

Por fim, declaro estar ciente que estou fazendo adesão em uma apólice coletiva, cujo aniversário para fins de renovação automática, reajustes anuais ou rescisões é sempre no mês de agosto de cada ano e para os cálculos de sinistralidade e índice de reajustes considera-se toda a receita obtida e os gastos com custos médicos hospitalares dessa coletividade.

Banco	Agência	Conta Corrente
-------	---------	----------------

Nome do titular da conta corrente

Assinatura do titular da conta corrente

 Boleto Bancário

E-mail de Cobrança

Local e data

Assinatura do proponente titular / responsável